DICHIARAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:
NOME _____ *COGNOME* _____
IL/LA SOTTOSCRITTO/A:
NOME _____ *COGNOME* _____

GENITORE/TUTORE

*DELL'ALUNNO/A*_____
NATO/A IL _____ *A*_____
_____ *FREQUENTANTE LA CLASSE* _____
*ANNO SCOLASTICO*_____

NEL RISPETTO DEL DECRETO LEGISLATIVO N.196/30.GIUGNO.2003
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI
E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***NON HA ALCUNA ALLERGIA*** ☐

- *IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A* ***E' ALLERGICO/A AI SEGUENTI ALIMENTI E/O SOSTANZE*** *(SE SONO NECESSARI, PER TALE 'ALLERGIA', 'FARMACI SALVAVITA'* ***RECARSI IN SEGRETERIA.***

_____
_____
_____
_____

_____,_____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O TUTORI)

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE

(PADRE)

_____

IN FEDE
PER RICEZIONE E PRESA VISIONE

(MADRE)

_____

I sottoscritti dichiarano di aver effettuato la dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Qualora la dichiarazione sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta fatta sia stata comunque condivisa.